

**ЗАПРОС О БЕСПРИСТРАСТНОМ СЛУШАНИИ**  
DS 1805 (Rev. 11/06)

Page 1 of 2

Имя лица, для которого было запрошено Слушание (истец)	Дата рождения	Участник программы услуг Medicaid Waiver на дому и по месту жительства? (Выбрать) <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
Адрес		Дневной телефон

Название регионального центра или штатного центра по вопросам развития:

Будет назначено беспристрастное слушание на уровне штата. В попытке разрешить этот вопрос до начала беспристрастного слушания, я также запрашиваю следующее: (Отметить все относящееся к делу)

- Неформальную встречу с директором регионального или штатного центра по вопросам развития или назначенным им (ею) лицом.
- Посредничество при участии нейтрального, независимого посредника, который поможет в достижении договоренности.

Причина (причины) запроса о беспристрастном слушании:

Описать, что необходимо для разрешения вашей претензии:

Имя запрашивающего лица, если он не истец	Отношение к истцу
Адрес	Дневной телефон.

Подпись запрашивающего  
Лица ➤ \_\_\_\_\_ Дата запроса \_\_\_\_\_

Требуются ли услуги переводчика?  Нет  Да Если «да», то с какого языка \_\_\_\_\_

**АВТОРИЗАЦИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ**

Я уполномочиваю следующее лицо (Имя) \_\_\_\_\_

(Адрес) \_\_\_\_\_ (Дневной телефон) \_\_\_\_\_

представлять меня, истца, в этом деле.

Подпись истца/Местного управления по вопросам инвалидности ➤ \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_

**ВРЕМЯ, КОГДА Я ЗАНЯТ**

Я буду занят в следующие часы или дни. (Указывая часы/дни, когда вы будете заняты, необходимо учитывать, что неформальная встреча будет иметь место в течение 10 дней, посредничество - в течение 30 дней, и беспристрастное слушание - в течение 50 дней после получения вашего запроса).

Подпись истца или уполномоченного представителя  
Представителя ➤ \_\_\_\_\_

**(Приложить копию Уведомления о предполагаемых мерах. Права на апелляцию и инструкции даны на стр. 2)**

## ПРАВО НА ОБЖАЛОВАНИЕ

1. Местный совет по вопросам инвалидности может назначить лицо или агентство в качестве вашего представителя для оказания помощи в ходе беспристрастного слушания.
2. Вы имеете право на беспристрастное слушание.
3. Вы имеете право присутствовать на всех заседаниях и представлять письменные и устные доказательства.
4. Вы имеете право проводить очную ставку и перекрестный допрос свидетелей.
5. Вы имеете право являться лично с адвокатом или другими, выбранными вами представителями.
6. Вы и ваш уполномоченный представитель имеют право на доступ и рассмотрение записей до любого заседания или слушания.
7. Вы имеете право на услуги переводчика..
8. Вы имеете право на информацию о юридической помощи, включая направление к организации по защите прав клиентов, местному совету по вопросам инвалидности, государственным бесплатным юридическим службам, корпорациям и другим общественным и частным организациям по правовой защите, включая систему охраны и защиты прав, требуемую по федеральному Общему закону 95-602.
9. Вы имеете право на неформальную встречу с директором регионального или штатного центра по вопросам развития или назначенным им лицом в течение 10 дней после даты получения запроса о слушании региональным или штатным центром по вопросам развития. Уведомление в письменной форме о предлагаемой дате, времени и месте неформальной встречи будет предоставлено директором регионального или штатного центра по вопросам развития или назначенным им лицом.
10. Вы имеете право запросить добровольное посредничество до начала беспристрастного слушания.
11. **Вы имеете право на непосредственное проведение беспристрастного слушания без участия в неформальной встрече или добровольном посредничестве.**

## ИНСТРУКЦИИ

1. Если вы или ваш уполномоченный представитель не удовлетворены решением или мерами регионального или штатного центра по вопросам развития, которые, по вашему мнению или по мнению вашего уполномоченного представителя являются незаконными, дискриминирующими или направленными против вас, то вы или ваш уполномоченный представитель можете воспользоваться этим бланком для запроса о беспристрастном слушании, наряду с неформальной встречей и директором регионального или штатного центра по вопросам развития или назначенным им лицом, и (или), при желании, посредническим совещанием.
2. В течение 30 дней после уведомления о решении или мерах, являющихся предметом жалобы, бланк запроса должен быть направлен директору регионального или штатного центра по вопросам развития, ответственного за принятие решения. Региональный или штатный центр по вопросам развития направит по факсу ваш запрос о беспристрастном слушании в Управление и директору Офиса по административным слушаниям или назначенному им лицу в течение пяти рабочих дней после получения запроса директором регионального или штатного центра.
3. Если вам в настоящее время предоставляются услуги и причиной ходатайства является сокращение или прекращение предоставления услуг региональным или штатным центром по вопросам развития, то для того, чтобы продолжать получать эти услуги во время процесса беспристрастного слушания, вы должны вернуть этот бланк в региональный или штатный центр по вопросам развития в течение 10 дней после получения уведомления о предполагаемых мерах.
4. Если у вас нет или вы не желаете иметь уполномоченного представителя, то не заполняйте эту часть бланка.
5. Если вам требуются услуги переводчика, сделайте отметку в соответствующей клетке и представьте объяснение ваших потребностей в переводчике.
6. Если вы будете заняты в какое-то определенное время и(или) день, то необходимо указать это время или день в отведенном для этого месте в бланке. Это необходимо для вашего удобства, чтобы можно было назначить удобное для вас время для проведения неформальной встречи, посреднического совещания и(или) беспристрастного слушания.
7. **Если вам нужна помощь в заполнении этого бланка, обращайтесь к вашему координатору обслуживания или в организацию по правовой защите клиентов.**